

VD_FINDINFO AI 43/09 - 136/2010 vom 6. April 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_43_09_-_136_2010

FR: VD_FINDINFO AI 43/09 - 136/2010 du 6 avril 2010

IT: VD_FINDINFO AI 43/09 - 136/2010 del 6 aprile 2010

Regeste

RÉVISION DE LA RENTE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE | 1 LAI, 17 LAI, 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 56 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 91 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

Erwägungen

E. 6

avril 2010 _____ Présidence de M. ABRECHT Juges : MM. BIDIVILLE et BERTHOUD, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : F. _____, à [...], recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 17 LPGA; 7, 8, 16 et 28 LAI E n f a i t : A. a) F. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1961, a déposé une demande de prestations AI en date du 28 juin 2000. Elle avançait à cet effet une dépression survenue depuis novembre 1998. De janvier 1996 jusqu'à fin novembre 1999, elle a travaillé en qualité d'aide infirmière à l'EMS [...] à [...]. Après avoir été licenciée de son poste sous motif d'une maladie de longue durée, elle a ensuite été engagée à mi-temps, dès le 2 août 2000, à nouveau en tant qu'aide infirmière, par l'EMS [...] à [...]. L'assurée a finalement été congédiée de ce nouvel emploi pour le 31 décembre 2006. Statuant par décision du 26 novembre 2002, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, à partir du 30 mai 2000, puis à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 1^{er} mai 2001. A teneur de cette décision, une révision de la rente devait intervenir en date du 1^{er} octobre 2004. Après avoir procédé au réexamen de la situation de l'assurée, l'OAI a, par décision du 13 décembre 2004, signifié à l'assurée que son degré d'invalidité (50%) n'avait pas évolué au point de pouvoir influencer sur son droit à la demi-rente invalidité tel que défini selon décision initiale du 26 novembre 2002. Partant, après réexamen, l'assurée a continué à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité. Le 30 octobre 2006, l'assurée a présenté une demande de nouvel examen de son droit aux prestations AI. Elle indiquait alors avoir dû réduire son taux d'activité à 100% dès avril 2006. Les causes de cette incapacité totale de travailler tenaient, aux dires de l'assurée, à des maux de dos ainsi qu'à un état dépressif. Le 3 octobre 2006, le Dr E., spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a succinctement communiqué à l'OAI que l'évolution de sa patiente était mauvaise. Se fondant sur ce dernier constat, le praticien a proposé de reconnaître " une plus grande invalidité ". Répondant à l'OAI, par communication du 15 octobre 2006, le Dr E. a étayé son constat médical comme suit: " [...] En quoi consiste l'aggravation de l'état de santé de notre assurée? -1/3 Ψ [troubles d'ordre psychiatriques] - 2/3 lombalgies [troubles somatiques] Quand est-elle survenue? - Depuis 6 mois environ Est-elle durable? oui. " A nouveau sollicité par l'Office

AI, le Dr E. a, en date du 15 novembre 2006, établi un rapport médical à teneur suivante: " A. [Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail] Lombalgies chroniques aspécifiques avec discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 et petite hernie discale paramédiane G. Syndrome d'amplification des symptômes. Troubles psychiatriques déjà cités, toujours présents et traités. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: Obésité, hypercholestérolémie traitée, tabagisme chronique. B. [Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour 100% depuis le 1^{er} août 2006, définitivement. C. [Questions générales au médecin] 1.[L'état de santé de l'assuré(e)] S'aggrave. 2.[La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales?] Non 3.[Des mesures professionnelles sont-elles indiquées?] Non 4.[L'assuré(e) nécessite-t-il(elle) des moyens auxiliaires?] Non 5.[L'assuré(e) a-t-il(elle) besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie? Si oui, depuis quand?] Non 6.[Un examen médical complémentaire est-il nécessaire?] Non D. [Données médicales] 1 .La patiente est continuellement sous traitement. 2 .Le dernier examen date du 24.10.2006. 3 .[Anamnèse]Aggravation par lombalgies graves récurrentes associées à une fibromyalgie. 4 .[Plaintes subjectives]Aggravation de son examen objectif au niveau de toutes les articulations y compris celles du dos.

E. 7

L'assurée a-t-elle déjà été soignée pour cette maladie? D'après les éléments du dossier d'instruction, a priori non, cependant l'assurée déclare avoir déjà eu à plusieurs reprises des épisodes de lombalgies notamment depuis qu'elle travaille comme aide infirmière. " c) Un rapport d'expertise interdisciplinaire a encore été confié au Centre [...] à Genève par l'OAI. Il résulte dudit rapport du 27 novembre 2007, que sous l'angle psychiatrique, l'expert psychiatre consulté a retenu chez l'assurée les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, trouble panique sans agoraphobie et personnalité émotionnellement labile de type borderline; il a considéré qu'il n'y avait pas aggravation de l'état psychiatrique de l'assurée, même plutôt une stabilisation voire une amélioration attestée en particulier par l'absence de nouveaux séjours en milieu psychiatrique. De l'avis de l'expert, l'effet cumulatif des troubles psychiatriques constatés était responsable d'une incapacité de travail à 50% avec un rendement de 100%. Sur le plan somatique, la capacité résiduelle de travail de la recourante dans l'activité d'aide-soignante était évaluée comme nulle depuis fin avril 2006, de sorte que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. A l'inverse, l'exercice d'autres activités légères respectant les limitations fonctionnelles restait néanmoins parfaitement exigible de la part de l'assurée, ceci à raison de quatre heures par jour si l'on prenait en compte la restriction de la capacité de travail liée aux causes de nature psychiatrique. Partant, il a été retenu que les atteintes diagnostiquées sur le plan somatique n'entraient en rien l'exercice par l'assurée d'activités adaptées à sa situation handicapante. d) Dans un avis médical du 14 janvier 2008, le médecin SMR, la Dresse L. _____, a conclu que l'assurée présentait plusieurs pathologies, imposant des limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques avec pour conséquence une capacité de travail résiduelle nulle dans l'activité professionnelle habituelle et une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Cet avis corroborait alors les conclusions ressortant des expertises médicales susmentionnées des 25 septembre 2006 et 27 novembre 2007. e) Selon décision de l'OAI, à compter du 23 juin 2008, une observation professionnelle AI de l'assurée s'est déroulée au centre [...] Lausanne. Ce stage d'évaluation professionnelle à 50%, qui devait initialement se terminer le 7 juillet 2008, a subitement été stoppé le 30 juin 2008. A teneur du rapport de l' [...] du 7 juillet 2008, les mesures d'évaluation

professionnelle ont été interrompues sur demande de l'assurée, laquelle n'a démontré aucun intérêt manifeste à reprendre une activité professionnelle et a ainsi émis le souhait de rentrer chez elle en raison de la survenance de douleurs. f) Dans un rapport médical très succinct du 12 août 2008, le Dr E. (médecin traitant) a maintenu que l'assurée présentait une incapacité de travail définitive dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2006. Le praticien a en outre indiqué que le stage d'évaluation professionnelle précité s'était achevé prématurément au motif qu'il était totalement incompatible avec l'état de santé de sa patiente. B. Le 8 décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'augmentation de sa rente d'invalidité, qu'il a confirmé par décision du 13 janvier 2009. Il a considéré, en substance, que l'assurée conservait une capacité de travail de 50% dans une activité légère de substitution et que la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 50%, donnant droit à la même rente que celle versée jusqu'alors. C. Par recours du 26 janvier 2009, l'assurée a contesté la décision prise par l'OAI le 13 janvier 2009. Elle a indiqué avoir signalé une aggravation de son état de santé et n'avoir pas été recontactée pour vérification et évaluation avant qu'une autre décision ne soit prise. Précisant que cela faisait depuis un an qu'elle devait se mouvoir hors de son domicile à l'aide de cannes anglaises et que sa médication liée au traitement de son état psychique avait dû être augmentée, la recourante a allégué une incapacité de travail de 100%. A titre de preuve de son état physique et psychique, elle s'en référait à son ami, de bientôt neuf ans, qui venait lui rendre visite le soir. Partant, la recourante a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière AI lui soit allouée, subsidiairement à un renvoi pour nouvelle instruction et/ou décision de l'OAI. Le 24 février 2009, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée. Dans sa réponse du 25 mars 2009, l'intimé a rappelé ce qui suit: "[...] En l'espèce, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2000 [30 mai 2000] et d'une demi-rente, dès le 1^{er} mai 2001, basée sur un degré d'invalidité de 50% en raison d'un trouble dépressif récurrent chez une personne émotionnellement labile de type borderline. Dans le cadre d'une révision d'office, le droit à la demi-rente a été maintenu par communication du 13 décembre 2004. Une nouvelle révision a été engagée en 2006. L'instruction a été reprise et l'assurée a été examinée par le Dr P. _____ le 25 septembre 2006. Il ressort de son rapport d'expertise que l'intéressée présente des lombalgies mécaniques qui évoluent sur un mode chronique, mais que l'intensité des douleurs paraît disproportionnée par rapport aux constatations cliniques. Il estime que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide infirmière, mais que dans une activité adaptée, elle est en mesure de travailler à temps complet. Une expertise interdisciplinaire a encore été confiée au Centre [...] à Genève [cf. rapport interdisciplinaire du 27 novembre 2007]. Sous l'angle psychiatrique, l'expert retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, trouble panique sans agoraphobie et personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il considère qu'il n'y pas d'aggravation de l'état psychiatrique de l'assurée, mais plutôt une stabilisation voire une amélioration attestée par l'absence de nouveaux séjours en milieu psychiatrique. Sur le plan somatique, il ressort du rapport d'expertise du Centre [...] que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans son activité légère respectant ses limitations fonctionnelles. [...]" Selon l'OAI, les rapports d'expertise précités ont pleine valeur probante. Il a indiqué qu'après comparaison de la situation prévalant au moment où a été rendue la décision querellée, soit le 13 janvier 2009, avec les faits tels que ceux-ci se présentaient lors de la décision initiale d'octroi de rente, il a été constaté que la situation de la recourante ne s'était pas modifiée de manière à influencer son degré

d'invalidité. Partant, l'OAI a conclu au rejet du recours interjeté, respectivement au maintien de la décision querellée. Dans sa réplique du 23 avril 2009, la recourante a maintenu ne pouvoir travailler compte tenu de ses limitations fonctionnelles, précisant également que son état psychique était déterminant pour sa capacité de travail. Elle a étayé le bien fondé de ses allégations par une augmentation de prescription de neuroleptiques ainsi que d'incessants réveils nocturnes causés par son mal de dos. A titre de témoin de son état de santé, la recourante a une nouvelle fois évoqué son ami [...], lequel n'habite pas avec elle mais vient la trouver le soir après souper. Dans sa duplique du 18 mai 2009, l'OAI a derechef maintenu les conclusions de sa réponse. Il a en outre fait valoir que l'audition du témoin [...] n'apparaissait pas nécessaire dans la mesure où cette audition n'était pas susceptible d'amener de nouveaux éléments objectifs et que de toute manière, le présent dossier était complet. Par courrier du 29 mai 2009, le juge instructeur a informé la recourante que l'instruction du présent dossier apparaissait complète; l'audition comme témoin de son ami [...] n'était pas à même d'amener d'éléments objectifs déterminants sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, dont la constatation incombait en premier lieu aux médecins; dès lors il n'était pas donné de suite favorable à cette requête de mesure d'instruction.

E n d r o i t : 1. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si à la date de la décision attaquée, les circonstances s'étaient modifiées par rapport à celles prévalant lors de la décision initiale de rente AI du 26 novembre 2002, au point qu'il se justifierait d'admettre le droit au versement d'une rente entière en faveur de la recourante. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art 61 let. b LPGA et 79 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD, RSV 173.36], entrée en vigueur le 1 er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales [art. 2 al. 1 let. c LPA-VD]). Il est donc recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 francs.

2. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi

relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, il y a lieu de déterminer, une fois connue l'exigibilité d'après les données médicales, les activités entrant en considération malgré les limitations dues aux atteintes à la santé, respectivement d'évaluer le gain que l'assuré pourrait encore obtenir en exerçant une telle activité. c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de façon à influencer ses droits. Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence rendue en application de l'ancien art. 41 LAI, applicable par analogie sous l'empire de l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 343, consid. 3.5; TFA I 441/2004 du 22 septembre 2005, consid. 2), il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, soit en cas de modification notable des répercussions économiques d'un état de santé inchangé (ATF 133 V 545). Une révision n'est admissible que si une modification de la situation effective s'est produite, et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente. Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (cf. TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et la référence). d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références). En matière d'assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par un assureur pour résoudre un cas litigieux. En particulier, dans la mesure où il remplit les exigences requises, un rapport qui émane d'un service médical régional AI au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a pleine valeur probante (TFA I 573/2004 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 in fine et la référence), alors que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il convient en effet de tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant ont généralement tendance à se

prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Cela étant, l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée des différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351, consid. 3a et les références). Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'assureur; pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières permettant de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien fondé de l'évaluation (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et la référence). 3. a) Sur le plan médical, le présent dossier comprend les rapports, avis ou expertises médicales suivants: Au travers de ses différents avis médicaux, le médecin traitant de la recourante, le Dr E., spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué diverses causes d'ordre somatiques et psychiatriques ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente (lombalgies chroniques aspécifiques avec discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 et petite hernie discale paramédiane G, syndrome d'amplification des symptômes et troubles psychiatriques toujours présents). Il a conclu à une aggravation de la santé de la recourante. Selon lui, il se justifiait de reconnaître une incapacité de travail de sa patiente à 100% dans son activité professionnelle habituelle dès le 1^{er} août 2006. A cet égard, le praticien a en outre précisé en fin de son rapport du 15 novembre 2006 que " le pronostic est extrêmement réservé. Je pense que cette patiente ne retrouvera jamais une capacité de travail y compris dans les petits efforts. " Le Dr P. _____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, a établi une expertise médicale du 25 septembre 2006. Compte tenu de ses connaissances spécifiques en la matière, le Dr P. _____ s'est volontairement concentré sur les impacts du point de vue somatique et rhumatologiques, réservant son pronostic à un examen de la recourante par un expert psychiatre (cf. développements sous points 5 et 6 " REPONSES A VOS QUESTIONS "). Le prénommé a ainsi retenu que l'intéressée présentait une incapacité totale dans son activité habituelle d'aide infirmière (cf. développement sous point 2 " REPONSES A VOS QUESTIONS "). Toutefois, dans l'éventualité de l'exercice d'une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, le Dr P. _____ était d'avis que, sous l'angle somatique et rhumatologique, la recourante présentait une capacité de travail immédiate complète de 100% (cf. développements sous points 3 et 4 " REPONSES A VOS QUESTIONS "). A teneur du rapport d'expertise interdisciplinaire du 27 novembre 2007 en provenance du Centre [...] sis à Genève, il appert que selon l'avis de l'expert psychiatre consulté, les atteintes psychiatriques présentes chez la recourante (trouble dépressif récurrent, trouble panique sans agoraphobie et personnalité émotionnellement labile de type borderline) n'auraient pas subi d'aggravation, ces atteintes tendant à l'inverse vers une stabilisation, voire une amélioration. De l'avis de l'expert psychiatre en question, l'incidence des troubles mis en évidence se traduisait, du fait de leur cumul, par une diminution de moitié de la capacité de travail de la recourante avec, dans ce dernier cas, un rendement de 100% (cf. p. 12 et point B.3 p. 14 de l'expertise médicale). Sur le plan somatique, l'expertise pluridisciplinaire, rejoignant les conclusions du Dr P. _____, a considéré que nonobstant les atteintes affectant la recourante, celle-ci présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à sa situation (cf. point C.3.1 p. 15 de

l'expertise médicale). Le médecin SMR, la Dresse L. _____, a reconnu, dans un avis médical du 14 janvier 2008, qu'il ne pouvait être exigé de la recourante la poursuite de son activité d'aide infirmière. Cependant, le médecin SMR a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Pour terminer, le rapport établi le 7 juillet 2008 par le centre [...] Lausanne en rapport avec une observation professionnelle AI débutée vers la fin juin 2008 atteste d'un manque d'intérêt manifeste de la recourante quant à la reprise d'une activité professionnelle. b) Après examen des différents rapports, expertises et avis médicaux énoncés ci-dessus, la Cour constate en premier lieu que les conclusions du Dr E., médecin traitant, s'opposent totalement aux autres rapports, expertises ou avis médicaux, dans la mesure où ce praticien retient que la poursuite par la recourante de quelque activité professionnelle que ce soit n'est plus envisageable, ceci à partir du 1^{er} août 2006. S'agissant des atteintes à la santé de type somatique, telles qu'alléguées et constatées en l'espèce, l'expertise médicale du 25 septembre 2006 du Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, apparaît nettement plus fouillée, motivée et précise que ne l'est l'analyse effectuée par le médecin traitant. Elle comporte en effet une anamnèse longue et exhaustive du cas soumis. Cette expertise a également été rédigée après que l'expert ait entendu les plaintes de l'expertisée et procédé à son examen clinique. Sur ce dernier point, l'expert précité a étayé son propre examen par la prise en compte de pièces médicales complémentaires qui lui avaient été remises (en particulier un Ct-scann lombaire datant du 21 juin 2006). Partant, les atteintes de nature somatique présentes chez l'expertisée ont été mises en exergue suite à une analyse médicale complète. Concernant son appréciation du cas, le Dr P. _____ s'est appliqué, sur plus de trois pages, à dûment motiver ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante. Le bien-fondé de ces conclusions s'illustre notamment par le fait qu'elles ont par la suite été entièrement suivies, tant par le Centre [...] de Genève (cf. expertise interdisciplinaire du 27 novembre 2007) que par le médecin SMR (cf. avis médical émis le 14 janvier 2008). Par conséquent, satisfaisant aux exigences jurisprudentielles, l'expertise médicale du 25 septembre 2006 l'emporte sur les conclusions du Dr E., médecin traitant, et a par conséquent force probante. Il y a donc lieu de retenir que, sous l'angle des atteintes somatiques diagnostiquées, la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle mais que dans une activité adaptée, l'intéressée conserve une capacité de travail de 100%. Concernant les atteintes à la santé d'ordre psychiatrique, le Dr P. _____ avait insisté sur la nécessité d'un examen de la recourante par un expert psychiatre. C'est notamment à cette fin que l'OAI a confié la réalisation d'une expertise interdisciplinaire au Centre [...] sis à Genève. Le rapport d'expertise du 27 novembre 2007 est ainsi la seule pièce médicale au dossier qui comporte des diagnostics ainsi qu'un pronostic d'un expert psychiatre. Ces constatations n'ont du reste pas été rediscutées par le médecin SMR, lequel les a entièrement partagées dans son avis médical du 14 janvier 2008. En définitive, en l'absence d'éléments contredisant les conclusions de l'expert psychiatre, il y a lieu de reconnaître valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire précitée. La Cour retient dès lors que les atteintes d'ordre psychiatrique dont souffre la recourante conduisent à reconnaître une diminution de moitié de sa capacité de travail avec un rendement de 100% dans toute activité professionnelle adaptée au handicap. En définitive, il y a lieu d'admettre que le cumul des atteintes affectant la recourante entraîne une limitation de la capacité de travail de 50% dans une profession adaptée. 4. a) Cela étant, il convient d'examiner si les conditions d'une révision sont données en l'espèce, soit dans un premier temps s'il est survenu un changement important de circonstances qui soit propre à influencer le degré d'invalidité, partant le droit à la rente.

Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale d'octroi de rente AI (le 26 novembre 2002) aux circonstances conduisant à la décision litigieuse (du 13 janvier 2009). b) Selon décision du 26 novembre 2002, l'OAI constatait alors un degré d'incapacité de travail de 50% entraînant un degré d'invalidité de 50% ouvrant droit à une demi-rente AI dès le 1^{er} mai 2001. En lien avec la procédure de révision de rente engagée dès la fin 2006, il appert qu'existe une capacité de travail réduite de moitié (cf. considérant 3 supra). Après comparaison par l'OAI du revenu annuel raisonnablement exigible avec invalidité avec celui sans invalidité, il a été constaté que la recourante présente un degré d'invalidité de 50,33%. Une révision de rente AI n'est possible que si une modification de la situation effective de l'assuré s'est produite et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente (art. 17 LPGA). Une révision reste néanmoins également possible en présence d'une modification notable des répercussions économiques d'un état de santé inchangé (ATF 133 V 545). Au regard des circonstances du cas d'espèce, force est de constater que passant de 50% en novembre 2002 à 50,33% au terme de la procédure de demande de révision engagée, le taux d'invalidité de la recourante n'a pas subi une modification notable à même de permettre la révision (augmentation) de sa rente AI pour l'avenir (art. 17 LPGA). Par conséquent, c'est à raison que l'OAI a rejeté la demande de révision qui lui avait été soumise. 5. Subsidiairement, la recourante a avancé, dans son écriture du 26 janvier 2009, ne pas avoir été recontactée pour vérification et évaluation de son cas après avoir signalé l'aggravation de sa santé avant que n'intervienne la décision attaquée. La Cour relève qu'une réévaluation d'office du cas de la recourante est intervenue selon décision de l'OAI du 13 décembre 2004. Il a alors été constaté que le degré d'invalidité n'ayant pas évolué, son droit à l'octroi d'une demi-rente AI devait être maintenu. Consécutivement à la demande de révision présentée le 30 octobre 2006, l'OAI a repris l'instruction du dossier par le biais des différents examens médicaux mis en œuvre en 2007 et 2008. Au vu de ce qui précède, le grief soulevé par la recourante se révèle clairement infondé et il ne peut qu'être rejeté. 6. a) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que la recourante dispose d'une capacité de travail réduite de moitié dans une activité adaptée à son handicap entraînant un degré d'invalidité de 50,33% qui ne préfigure pas une amputation de la demi-rente servie précédemment. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée. b) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).